Spital Clinic Boli Infectioase Iasi
Laboratorul de analize medicale

Aprobat

Manager

PROGRAM ANUAL DE AUDIT INTERN
ANUL……..

Nr. crt	Element / Activitate auditata	Data propusa	Data realizată	Echipa de audit	Observaţii

Data:

Elaborat: Verificat:

Responsabil calitate Şef de laborator:

Spital Clinic Boli Infectioase Iasi
Laboratorul de analize medicale

PLAN DE AUDIT

Nr. …../Data……

Obiectivele auditului:

_____

Domeniul auditului (compartimentul) :_____

Documente de referinta:_____

Audit intern:

planificat ☐

neplanificat ☐

replanificat ☐

Perioada desfăşurării auditului:_____

Auditor sef:_____

Auditori: 1._____

2. _____

Reprezentantii compartimentului auditat:

1._____

2._____

Programul de desfăşurare a auditului : _____

1. Şedinţa de deschidere (data, ora şi locul):_____
2. Colectarea şi analizarea dovezilor obiective, pe baza chestionarului de audit (data, ora)
3. Şedinţa de închidere (data, ora şi locul) :_____
4. Data difuzării raportului de audit :_____

Data:

Elaborat

Auditor şef:

Spital Clinic Boli Infectioase Iasi
Laboratorul de analize medicale

CHESTIONAR DE AUDIT INTERN

Data.....

Organizaţia / Laboratorul :.....

Compartiment auditat :.....

Auditor şef : .....

Capitolul	Cerinţa	Comentarii/ Dovezi de implementare
4.1. Organizare şi management		

Data :

Întocmit

Auditor (nume, prenume) :

Semnatura

Spital Clinic Boli Infectioase Iasi
Laboratorul de analize medicale

RAPORT DE AUDIT

Nr. ____/__data :_____

1.ORGANIZAŢIA /LABORATOR/COMPARTIMENT AUDITAT :

2.OBIECTIVELE AUDITULUI :

3.DOCUMENTE DE REFERINTA :

4.ECHIPA DE AUDIT :

5.REPREZENTANTII AUDITATULUI :

6.PERIOADA DESFASURARII AUDITULUI :

7.ACTIVITATI AUDITATE :

8.DESFASURAREA AUDITULUI :

8.1. Sedinta de deschidere – data - ……..ora……

Participanti – echipa de audit: Reprezentantii audiatului :

8.2. Constatarile auditului :

8.3. Neconformitati constatate:

8.4. Sedinta de inchidere – data ……ora……

Participanti – Echipa de audit : Reprezentantii audiatului :

8.5. Concluzii privind conformitatea sistemului cu documentele de referinta :

8.6. Aprecieri privind eficacitatea sistemului de management al calitatii si atingerea obiectivelor :

8.7. Difuzarea Raportului de audit:

Nr. Crt.	Laborator/Compartiment	Numele si prenumele	Semnatura	Data

8.8 Anexat - Fişa de neconformităţi nr. …/data. :

Data :

Elaborat Auditor şef (nume, prenume):_____Semnatura:_____

Spital Clinic Boli Infectioase Iasi
Laboratorul de analize medicale

APROBAT,

Managerul Tehnic

LISTA AUDITORILOR INTERNI

Anul:……..

Nr. crt.	Numele şi prenumele	Auditor (A) Auditor Şef (AS)	Dovezi de competenţă	Obs.
1				

Data :

Elaborat

Responsabil Calitate (nume, prenume) :

Semnatura :

FISA DE EVALUARE PROCEDURA DE EXAMINARE
din data .....

Procedura evaluată: modul de recoltare, receptie, executie, raportare si eliberare rezultate pacient.
Standard de referinta: SR EN ISO 15189:2013
Proceduri de referinta: proceduri interne in vigoare ale laboratorului.

S-a urmarit trasabilitatea esantionului primar cu .....

Pacientul a fost inregistrat pe sectie cu ID ...., data ...., ora ..., conform cu recomandarile medicului curant.

I s-a emis Cererea de analize, cod .....

A fost recoltata pe sectie consemnandu-se data ....., ora ..... si responsabilul de recoltare.

Proba a fost receptionata in laborator (consemnata pe buletinul de analize) pe ..... ora ..... de catre responsabilul cu receptia esantioanelor.

Nr. crt.	Aspecte evaluate	Constatari			
		DA	NU	NA	Observatii (inregsitrari, neconformitati, propuneri de imbunatatire)
	Proba de examinat				
1	Recipiente corespunzatoare				
2	Cantitati corespunzatoare				
3	Probele sunt corect recoltate				
4	Identificarea corecta a probelor				
5	Inregistrarea probelor necorespunzatoare si a cererilor respinse				
6	Respectarea timpului intre recoltare si aducere in laborator				
	Calibrare				
7	Calibrarile sunt realizate la intervale de timp conform procedurii specifice				
8	Realizarea verificarii calibrarii cu control intern / frecventa de verificare				
9	Se regasesc datele de reconstituire si utilizare ale calibratorilor utilizati / calibratorii sunt utilizati in termen de valabilitate, conform instructiunilor producatorului				

10	Se asigura trasabilitatea masurarii				
	Controalele interne:				
11	Controlul este adaptat metodei/ analizorului				
12	Sunt definite limitele materialului de control si regulile de acceptabilitate adoptate				
13	Se regasesc termenele de valabilitate inainte si dupa reconstituire/deschidere flacon				
	Se realizeaza controlul intern inaintea probelor de pacient				
	Probele de pacient se lucreaza numai dupa acceptarea QC intern				
	Se realizeaza verificarea si interpretarea diagramelor de control				
	Se realizeaza masuri de corectie/ actiuni corective				
	Se realizeaza reevaluarea performantelor analizorului				
	Controale externe				
	Este planificat controlul extern de calitate				
	Rezultatele QC extern sunt evaluate				
	Sunt stabilite cauzele neconformitatilor / actiuni corective/ preventive in urma controlului extern				
	Reactivi :				
	Testarea de acceptare a reactivilor				
	Respectarea termenelor de valabilitate				
	Respectarea conditiilor de depozitare				
	Corespondenta metodei din analizor cu cea expusa in prospectul de reactivi				
	Managementul stocurilor				
	Procedura de examinare				
	Respectarea termenelor de examinare a probelor				
	Pregatirea analizorului				
	Efectuarea mentenantelor interne si externe conform procedurilor				

	Echipamentele care necesita etalonare sunt etalonate conform planului de etalonari				
	Pregatirea probelor respecta procedurile specifice				
	Validarea rezultatelor in soft se realizeaza conform drepturilor de acces				
	Datele primare sunt pastrate (electronic sau pe hirtie)				
	Inregsitrarile examinarii sunt create concomitent cu executarea analizei				
	Raportarea rezultatelor				
	Respectarea timpului de furnizare a rezultatelor				
	Reanalizarea rezultatelor				
	Se utilizeaza corect sigla RENAR				
	Modificarea BA				
	Comunicarea valorilor critice				
	Inregsitarea in BA a comentariilor/ opiniilor si recomandarilor				
	comparea rezultatelor cu valori anterioare, corelare cu diagnostic clinic/ coroborare cu alte rezultate				
	-SL, verificarea si valideaza buletinelor de analiza prin semnatura si parafa				
	Eliminarea deseurilor rezultate				
	Personalul care executa /valideaza rezultate				
	Personalul este autorizat sa lucreze analizele in cauza				
	Conditii de mediu				
	Conditiile de mediu respecta cerintele prestabilite				
	Se monitorizeaza conditiile de mediu				

CONCLUZII:

Laboratorul respecta cerintele de calitate conform standardului ISO 15189:2013 si cu procedurile interne in vigoare.

Evaluator, Evaluat,

Spitalul Clinic de Boli Infecţioase ”Sf.Parascheva„
Iaşi
Laboratorul de analize medicale
IASI, Str.Octav Botez Nr 2

PROCEDURA GENERALA

EVALUARE SI AUDIT INTERN

COD: PGL- 4.14

EDITIA: 2, REVIZIA: 2

Din data de 25.09.2015

APROBAT
Manager General
Dr. Daniela Leca

VERIFICAT
Manager Tehnic
Conf. Dr. Olivia Dorneanu

ELABORAT
Responsabil calitate
Chim. princ. Adriana Capsa

DIFUZAT IN REGIM CONTROLAT
EXEMPLAR Nr.

Avertisment : Documentul de fata este proprietatea Spitalului Clinic de Boli Infecţioase ”Sf.Parascheva„ Iaşi - Laboratorul de analize medicale. Reproducerea si difuzarea documentului sunt in exclusivitate dreptul laboratorului.

LISTA DE DIFUZARE / RETRAGERE

Locul difuzării	Primit				Retras			
	Nr. ex.	Data	Nume	Semnătură	Nr. ex.	Data	Nume	Semnătură
R. C	0.							
Manager General	1.							
Manager Tehnic	2.							
Sef compartiment Microbiologie I	3.							
Sef compartiment Microbiologie II	4.							
Sef compartiment Imunologie	5.							
Sef compartiment Hematologie	6.							
Sef compartiment Biochimie	7.							
Sef compartiment biologie moleculara	8.							

INDICATORUL REVIZIILOR

Nr. Crt	Data	Editia/ revizia	Identificari modificare Capitol, subcapitol, pagina modificata, continut modificari	Functia si semnatura		
				Elaborat	Verificat	Aprobat
1	11.03.2015	2/0	Cap. 3. Actualizare conform ISO 15189:2013	As. Lorena Zaborilă	Dr. Rodica Fântânaru	Dr. Mihnea Hurmuzache
2	17.08.2015	2/1	Schimbare sef laborator	As. Lorena Zaborilă	Dr. Olivia Dorneanu	Dr. Daniela Leca
3	25.09.2015	2/2	Schimbare sef laborator	Chim. Adriana Capsa	Dr. Olivia Dorneanu	Dr. Daniela Leca

CUPRINS

1. SCOPUL 5

2. DOMENIUL DE APLICARE 5

3. DOCUMENTE DE REFERINTA 5

4. DEFINITII SI ABREVIERI 5

4.1 DEFINITII 6

4.2. ABREVIERI 6

5. DESCRIEREA ACTIVITATII 6

5.1 GENERALITĂŢI 7

5.2.PLANIFICAREA ACTIUNILOR DE AUDIT 7

5.3.PREGATIREA AUDITULUI INTERN 7

5.4. DESFASURAEA AUDITULUI INTERN 8

5.5. LABORAREA ŞI DIFUZAREA RAPORTULUI DE AUDIT**ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.**9

5.6. VERIFICAREA ACŢIUNILOR CORECTIVE 9

5.7. ÎNREGISTRĂRILE AUDITULUI 10

5.8.CRITERII DE CALIFICARE PENTRU AUDITORI INTERNI 10

5.9.DOCUMENTE DE AUDIT 11

5.10.ACTIUNI POST AUDIT 12

6.RESPONSABILITATI 12

7.INREGISTRARI 13

8. ANEXE 13

1. SCOPUL

Procedura precizeaza modul de programare si desfasurare al evaluarilor si auditurilor interne, inregistrarile ce rezulta din acestea si responsabilitatile personalului implicat in activitatea de audit intern si evaluare.

2. DOMENIUL DE APLICARE

Procedura se aplica de catre personalul Laboratorului de analize medicale al **Spitalul Clinic de Boli Infecţioase"Sf.Parascheva„ Iaşi** implicat în activitatea de audit intern.

3. DOCUMENTE DE REFERINTA

3.1. **MANUALUL CALITATII** , Cod: MCL -01

3.2. SR EN ISO 15189: 2013 *– Laboratoare medicale. Cerinţe pentru calitate şi competenţă; (4.14.1-4.14.7)*

3.3. SR EN ISO 9000: 2006 - Sisteme de management al calitatii. Principii fundamentale si vocabular.

3.4. SR EN ISO 9001: 2008 - Sisteme de management al calitatii. Cerinte.

3.5. SR EN ISO 19011: 2011 - "Ghid pentru auditarea Sistemelor de management."

4. DEFINITII SI ABREVIERI

4.1. Definitii

- **Entitate funcţională** (în accepţiune proprie) = toate compartimentele functionale din cadrul laboratorului
- **Audit** = proces sistematic, independent şi documentat în scopul obţinerii de dovezi de audit şi de evaluarea lor cu obiectivitate pentru a determina măsura în care sunt îndeplinite criteriile de audit;
- **Auditor** = persoană care are competenţa (aptitudini demonstrate de a aplica cunoştinţe şi aptitudini) de a efectua un audit;
- **Auditat** = organizaţie care este auditată;
- **Echipă de audit** = unul sau mai mulţi auditori care efectuează un audit). Echipa de audit poate include auditori în curs de formare şi dacă este necesar, experţi tehnici;
- **Program de audit**= ansamblu de unul sau mai multe **audituri** planificate pe un anumit interval de timp şi orientate spre un scop specific;
- **Plan de audit** descriere a activităţilor de la faţa locului şi acordurile pentru un **audit.**

4.2. Abrevieri

RC- Responsabil calitate;
FNAC/P - Fisa de neconformităţi, acţiuni corective/acţiuni preventive.

5. DESCRIEREA ACTIVITATII

5.1. Analiză periodică a cererilor de analiza, adecvare proceduri de recoltare şi cerinţe pentru probe

Seful de laborator sau RMC analizeaza periodic analizele furnizate de laborator pentru a asigura că ele sunt clinic adecvate pentru cererile primite.
Se analizeaza si volumul de probe, dispozitivele de colectare şi cerinţele de conservare pentru sânge, urină, alte fluide corporale şi alte tipuri de probe, după caz, pentru a asigura că nu sunt colectate nici cantităţi insuficiente, nici cantităţi excesive şi că proba este colectata corespunzător pentru a conserva măsurandul.
In timpul analizei se utilizeaza o Fisa de evaluare procedura de examinare, cod FGL-4.9-06.

5.2. Evaluare feedback de la utilizator

Laboratorul solicita informaţii referitoare la percepţia utilizatorului cu privire la modul în care serviciul a îndeplinit sau nu nevoile şi cerinţele utilizatorilor. Detalii se regasesc in procedura PGL 4.7 Consiliere si comunicare.

5.3. Audit intern

5.3.1 Auditurile interne sunt efectuate de o persoană sau de o echipă de auditori calificaţi, care sunt independenţi de activitatea auditată; aceasta poate include şi specialişti în domeniu, auditori în curs de formare sau observatori; pot fi folosiţi şi auditori calificaţi, din afara societăţii.

5.3.2 Menţinerea şi îmbunătăţirea cunoştinţelor, a abilităţilor şi a aptitudinilor auditorilor interni se realizează prin instruiri externe, studiu individual, participare la seminarii, conferinţe sau alte activităţi relevante; activităţile pentru dezvoltarea profesională continuă iau în considerare schimbările nevoilor organizaţiei, ale practicii de audit, ale standardelor şi ale altor cerinţe.

5.3.3. Auditorii calificaţi să realizeze auditurile interne sunt înscrişi în Lista auditorilor interni, cod: FGL – 4.14 - 05.

5.3.4.Planificarea actiunilor de audit

Responsabilul Calităţii împreună cu Şeful de laborator stabilesc la sfârşitul anului în curs pentru anul următor un Program anual de audituri interne, cod: FGL- 4.14 - 01.
Planificarea va fi făcută punându-se accent pe domeniile critice pentru îngrijirea pacientului, si ţinând cont de rezultatele auditurilor precedente, de rezultatele controalelor externe şi interne, de eventualele reclamţii, astfel încât toate elementele sistemului de management, inclusiv activitatile de analiză să fie auditate cel puţin o data pe an.
Programul anual de audit intern este întocmit de Şeful de laborator şi aprobat de Directorul Medical.

După aprobare, program anual de audituri interne este transmis compartimentelor implicate.

Din dispoziţia Directorului Medical sau la iniţiativa Sefului de laborator sau Responsabilului Calităţii se pot efectua şi audituri suplimentare, neplanificate, in urmatoarele situatii:

- la implementarea unor modificări importante în sistemul de management;
- in cazul reclamatiilor;
- in cazul urmăririi realizarii unor actiuni corective/preventive si verificării eficientei acestora;
- în cazul în care se constată neconformităţi frecvente în anumite activităţi critice pentru îngrijirea pacientului;

Atunci când din anumite motive sunt necesare modificări în datele conţinute în programul anual de audituri interne sau se consideră necesar a se efectua anumite audituri care nu au fost iniţial programate, aceste modificări sunt operate, iar noul program anual de audituri interne este supus aceluiaşi ciclu de avizări şi aprobări ca şi exemplarul original. După aprobare, program anual de audituri interne revizuit este redifuzat.

5.3.5. PREGĂTIREA AUDITULUI INTERN

5.3.5.1 Stabilirea auditorului şef şi a echipei de audit

RC stabileşte echipa de audit, având în vedere asigurarea independenţei acesteia faţă de compartimentul / activitatea auditată;

5.3.5.2. Elaborarea planului de audit

Auditorul şef elaborează cu cel puţin cinci zile înainte de data auditului, Planul de audit, cod: FGL - 4.14 - 02 prin care se stabilesc:

- obiectivele auditului;
- criteriile de audit şi orice documente de referinţă;
- domeniul auditului, inclusiv identificarea activitatilor care urmează să fie auditate;
- data şi compartimentul sau activitatea care va fi supusă auditului;
- componenţa echipei de audit;
- identificarea reprezentantului pentru audit din partea auditatului;
- orice acţiuni de urmărire a auditului;
- termenul până la care se va transmite raportul de audit;
- Planul de audit este transmis conducătorilor compartimentelor care urmează a fi evaluate; aceştia semnează de primire pe exemplarul original.

5.3.5.3 Stabilirea şi analizarea documentelor de referinţă

Membrii echipei de audit analizează documentaţia în baza căreia se efectuează auditul, rapoartele de la auditurile anterioare realizate în zonele care vor fi auditate, acţiunile corective/preventive iniţiate şi alte înregistrări referitoare la calitate, aplicabile.

Pe baza acestor informaţii se elaborează Chestionarul de audit intern, conform formularului cod: FGL – 4.14 - 03, care sintetizează problemele care vor fi verificate în timpul auditului şi constituie un instrument de pregătire pentru audit al membrilor echipei.

5.3.6. DESFĂŞURAEA AUDITULUI INTERN

Şedinţa de deschidere
Auditul incepe cu o scurta şedinţă de deschidere care constă în comunicarea faptului că se desfăşoară un audit şi explicarea naturii auditului, obiectivele şi criteriile auditului, programul, cerinţele examinate, modul de identificare şi rezolvare a neconformităţilor.

Examinarea activităţilor

Evaluarea efectivă se desfăşoară pe baza interviurilor cu persoanele din zona auditată, observarea activităţilor şi analiza documentelor şi înregistrărilor existente.
Verificările se fac la faţa locului (acolo unde se desfăşoară activitatea), iar rezultatele acestora se înscriu în chestionar. Se verifica daca activitatea de analiză este conforma cu cerintele documentelor aplicabile si daca rezultatele obtinute sunt apte sa atinga obiectivele referitoare la calitate.

Constatările din auditul intern sunt înregistrate de către auditorul şef în chestionarul de audit intern.
Dacă rezultă observaţii referitoare la calitate acestea sunt consemnate, de asemenea, în chestionar împreună cu exemplele corespunzătoare.

Generarea constatărilor auditului

După încheierea examinărilor, echipa de audit evaluează dovezile de audit (examinarea documentelor si observarea activitatilor in curs de desfasurare, interviu cu personalul din zona auditata, verificarea inregistrarilor aferente activitatii auditate), faţă de criteriile de audit pentru a genera constatările auditului; constatările de audit pot indica fie conformitatea, fie neconformitatea cu criteriile de audit, iar atunci când este specificat în obiectivele auditului, constatările auditului pot identifica o oportunitate de îmbunătăţire.

Pregătirea concluziilor auditului presupune:
- analizarea constatărilor auditului şi a altor informaţii colectate în timpul auditului, în raport cu obiectivele auditului;
- convenirea concluziilor auditului având în vedere incertitudinea inerentă a procesului de audit;
- pregătirea recomandărilor dacă este specificat în obiectivele auditului;
- discutarea activităţii de urmărire rezultate din audit, dacă este aspect este inclus în planul de audit.

Pentru elucidarea unor aspecte, echipa de audit discută cu şeful de laborator şi responsabilul de analize.
Eventualele abateri constatate faţă de cerinţele standardului de referinţă şi documentelor sunt lamurite, acceptate de auditat, cu stabilirea de actiuni corective / preventive şi

inregistrarea acestora in fisa de neconformitati, actiuni corective / preventive , cod: FGL - 4.9 – 01.

Şedinţa de închidere

Şedinţa de închidere constă în comunicarea constatărilor şi concluziilor auditului, de către auditorul şef.
Scopul principal al sedintei de inchidere este de a prezenta observatiile si neconformitatile din timpul auditului.
În cadrul şedinţei de închidere se stabileşte modul de urmărire şi raportare a realizării acţiunilor corective.

5.3.7. Elaborarea şi difuzarea raportului de audit

Rezultatele auditului sunt documentate în Raportul de audit**,** cod: FGL – 4.14 - 04, elaborat de către auditorul sef; raportul de audit furnizează o înregistrare completă, exactă, concisă şi clară a auditului şi face referire la următoarele:

- obiectivele auditului;
- compartimentele şi activitatile auditate (domeniul auditului);
- criteriile de audit în raport cu care s-a efectuat acesta (inclusiv planul de audit);
- lista persoanelor contactate în timpul auditului;
- constatările şi concluziile auditului, inclusiv neconformitatile constatate;
- lista de difuzare a raportului de audit.

Raportul de audit se emite şi se transmite până la data stabilită în plan; orice amânare trebuie comunicată auditatului şi convenit cu acesta asupra noii date de comunicare.

Prima fază a auditului se încheie în momentul prezentării raportului de audit conducerii compartimentului auditat, respectiv Şefului de laborator. În cazul în care în urma auditului au rezultat neconformităţi, seful de laborator va analiza neconformitatilor constatate si va stabili actiunile corective/preventive necesare, precum si termenul de realizare. Auditul se consideră definitiv încheiat numai după ce s-au finalizat şi verificat toate acţiunile corective stabilite.

Verificarea acţiunilor corective

Pentru neconformităţile constatate auditatul completează Fișa de neconformități, actiuni corective/ preventive cod: FGL – 4.9 – 01. La termenele fixate, auditorul şef verifică stadiul rezolvării acţiunilor corective/preventive, eliminarea cauzelor care au condus la neconformităţi şi inregistreaza acest lucru in Fisa de neconformităti.

Rezolvarea acţiunilor corective/preventive poate fi verificata si printr-un audit de urmarire; necesitatea efectuarii unui astfel de audit este decisa de auditorul sef, functie de numarul si importanta actiunilor corective/ preventive initiate.

Auditul de urmarire se va realiza asemenea celui initial, limitandu-se numai la sectoarele unde au fost constatate neconformitatile. La auditul urmator sau, in situatii justificate, la un audit de urmarire se verifica eficacitatea actiunilor corective inteprinse.

În cazul în care acţiunea stabilită nu s-a încheiat la termenul scadent, auditorul şef anunţă șeful de laborator pentru analizarea cauzelor şi replanificarea termenului de rezolvare.

Înregistrările auditului

Înregistrările auditului (planul de audit intern, chestionar de audit intern, raport de audit intern, Fișe de neconformităţi, actiuni corective / preventive) se păstrează de către RC si entităţile auditate şi constituie elemente de intrare în cadrul analizei efectuată de management.

5.3.8. Criterii de calificare pentru auditori interni

Auditul intern poate fi efectuat de către auditori pregătiţi la cursul de formare auditori şi specialişti cu experienţă în domeniul de audit.

Auditori interni pot fi:

- personal din cadrul laboratorului care a efectuat un stagiu de instruiri auditori interni laboratoare si poseda un certificat de absolvire si are minim 6 luni experienta in activitatea de analiza;
- personal contractat care prezinta urmatoarele dovezi:
  - certificat absolvire curs auditori laboratoare;
  - dovezi din care sa rezulte experienta in domeniul auditului in laborator.

Auditorii interni acceptaţi de către managementul laboratorului sunt înscrişi în Lista auditorilor interni, cod FGL-4.14-05. Anual, Responsabilul Calităţii face o analiză a acestei liste pentru a asigura menţinerea competenţei auditori lor interni.

5.3.9.Documente de audit

Pentru fiecare audit se constituie de către auditorul şef, un dosar cu următoarele înregistrări:

- planul de audit şi lista de difuzare a lui;
- chestionarul de audit;
- raportul de audit;
- corespondenţa rezultată în urma efectuării auditului şi alte documente legate de desfăşurarea auditului (când este cazul);

5.3.10. Actiuni post audit

Daca auditorii sunt specialistii propriei organizatii, pot intocmi impreuna cu seful de laborator fise de neconformitati si actiuni corective si pot fi desemnati cu responsabilitatea urmaririi actiunii corective.
Se recomanda ca actiunile corective sau auditurile de urmarire ulterioare sa fie incheiate intr-o perioada de timp convenita.

Atunci cand constatarile auditului conduc la dubii privind eficacitatea functionarii laboratorului sau asupra corectitudinii si validitatii rezultatelor analizelor, laboratorul intreprinde actiuni corective prin deschiderea Fişei de neconformitati, actiuni corective/ preventive. Laboratorul notifica in scris beneficiarii serviciilor de laborator atunci cand investigatiile arata ca rezultatele analizelor au fost afectate.

5.4. Propuneri personal

Managementul laboratorului încurajează personalul să facă propuneri de îmbunătăţire a oricărui aspect al serviciilor de laborator (conform procedurii PG 07). Propunerile sunt evaluate, implementate, după caz. Persoana care a facut propunerea este informata cu privire la decizia asupra propunerii facute.

Înregistrările propunerilor şi acţiunii luate de către management sunt păstate si analizate la analiza de management.

5.5. Managementul riscului

Laboratorul evalueaza impactul proceselor de execuţie şi al erorilor potenţiale asupra rezultatelor examinării, pentru că ele afectează siguranţa pacienţilor. In cazul in care sunt identificate procesele care implica risc pentru siguranta pacientilor, aceste procese sunt modificate pentru a se reduce sau elimina riscurile identificate.
Detalii despre evaluarea si gestionarea riscurilor se regasesc in Procedura operationala POL 07, Managementul riscului in laborator.

5.6. Monitorizarea indicatorilor de calitate

Laboratorul stabileste indicatori ai calităţii pentru a monitoriza şi evalua performanţa tuturor aspectelor critice ale proceselor de pre-examinare, examinare şi post-examinare. Monitorizarea indicatorilor este planificata (stabilirea obiectivelor, metodologie, interpretare, limite, plan de acţiune şi durată de măsurare) asa cum este descris in procedura PGL 4.12.

5.7. Evaluari ale organizatiilor externe

Dacă în urma evaluărilor unor organizaţii externe se indică faptul că laboratorul are neconformităţi sau potenţiale neconformităţi, laboratorul trebuie să întreprindă acţiuni imediate corespunzătoare şi, după caz, acţiuni corective şi acţiuni preventive pentru a asigura menţinerea continuă a conformităţii cu cerinţele prezentului standard internaţional. Se păstrează înregistrări ale evaluărilor şi ale acţiunilor corective şi ale acţiunilor preventive luate trebuie să fie păstrate.

NOTĂ - Exemple de evaluări: evaluări de acreditare, inspecţii CAS, inspecţii de sănătate şi siguranţă în muncă.

5. RESPONSABILITATI

6.1. Auditorul

- defineste conditiile pentru fiecare audit;

- întocmeşte planul de audit intern;
- întocmeşte lista de verificări;
- analizeaza documentatia referitoare la activitatile sistemului de management al calitatii existent;
- auditează activitatea planificată;
- întocmeşte raportul de audit şi anexa;
- poate fi mandatat cu stabilirea actiunilor corective si cu urmarirea realizaril acestora;
- poate urmări desfăşurarea implementării acţiunilor corective/preventive;
- auditează activitatea planificată;

6.3. Responsabilul Calitatii

- întocmeşte programul anual de audit;
- informeaza personalul implicat asupra obiectivelor si domeniului auditului;
- stabileste, initiaza şi urmăreşte rezolvarea actiunilor corective, bazate pe constatările auditului;
- stabileşte auditorul şef pentru fiecare audit, precum şi echipa de audit;
- păstrează şi gestionează înregistrările referitoare la competenţa auditorilor şi cele referitoare la audituri;
- poate executa auditul;
- poate propune audituri neplanificate.

6.4. Auditatul

- pune la dispozitia auditorului toate elementele si inregistrarile pentru desfasurarea auditului in bune conditii;
- răspunde la întrebările auditorilor;
- efectuează activităţile auditate;
- completează Fisa de neconformitati, actiuni corective/ preventive

6.5. Seful de Laborator

- verifica programul anual de audit si il propune spre aprobare managerului spitalului
- aprobă instruirea auditorilor interni;
- aprobă lista auditorilor interni;
- dispune efectuarea de audituri suplimentare, neplanificate;
- dispune efectuarea de analize referitoare la modul de realizare a acţiunilor corective / preventive stabilite în urma auditurilor interne;
- participa la desfasurarea auditului;
- pune la dispozitia auditorului toate documentele si inregistrarile solicitate de acesta;
- informeaza personalul implicat asupra obiectivelor si domeniului auditului;
- stabileste, initiaza şi urmăreşte rezolvarea actiunilor corective, bazate pe constatările auditului;
- notifica in scris clientul atunci cand in urma inregistrarilor se constată că rezultatele analizelor au fost afectate;
- poate propune audituri suplimentare, neplanificate ,

7.INREGISTRARI

- Program anual de audit intern, cod: FGL- 4.14 - 01;
- Plan de audit intern, cod: FGL - 4.14 - 02;

- Chestionar de audit intern, cod: FGL - 4.14 - 03;
- Raport de audit intern, cod: FGL – 4.14 - 04;
- Lista auditorilor interni, cod: FGL – 4.14 – 05;
- *Fisa de evaluare procedura de examinare, cod FGL-4.14-06*

8. ANEXE

8.1 Anexa 1 – Program anual de audit, cod: FGL- 4.14 - 01;
8.2 Anexa 2 – Plan de audit, cod: FGL - 4.14 - 02;
8.3 Anexa 3 – Chestionar de audit, cod: FGL - 4.14 - 03;
8.4 Anexa 4 – Raport de audit intern, cod: FGL – 4.14 – 04;
8.5 Anexa 5 – Lista auditorilor interni, cod: FGL – 4.14 – 05.
8.6.Anexa 6 - Fisa de evaluare procedura de examinare, cod FGL-4.14-06